

DYSTOCIE

N° 88

PAR

OBLITÉRATION COMPLÈTE DU COL UTÉRIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juillet 1899

PAR

Sauveur GOUZY

Né à Prades (Pyrénées-Orientales)
le 9 mars 1874

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

G FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (✱) ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	UCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N...

Id. Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✱).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, *professeur*.
FORGUE, *professeur*.

MM. PUECH, *agrégé*.
VALLOIS, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage
de reconnaissance et d'affection.*

A MON FRÈRE

S. GOUZY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRYNFELTT

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DANS LES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

S. GOUZY.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté, il nous reste à remplir un agréable devoir, celui de dire à tous les Maîtres qui nous ont guidé au cours de nos études médicales combien est sincère notre reconnaissance.

Nous voudrions pouvoir longtemps encore profiter de leurs conseils, de leur science, de l'exemple de leur dévouement : demain nous serons livré à notre propre initiative, mais, dans les appréhensions des débuts, aussi bien que dans les difficultés de l'avenir, nous serons soutenu et fortifié par le souvenir de nos Maîtres.

A mesure que nous acquerrons l'expérience de notre profession, nous apprendrons à apprécier mieux encore des professeurs tels que MM. Grasset, Carrieu, Tédénat, Forgeue, Estor, et nous nous rappellerons avec quel intérêt ils ont dirigé nos études.

M. le professeur Grynfeldt nous a très gracieusement fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; et pour la bienveillance de son accueil, et pour le fruit que nous avons retiré de ses leçons, qu'il reçoive ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Nous ne saurions oublier que nous devons à MM. Puech et Vallois, professeurs-agrégés, nos quelques connaissances en obstétrique. Sans négliger, bien au contraire, l'enseignement théorique de cette science, ils se sont attachés à prépa-

rer en nous des praticiens, et c'est ce dont nous leur savons le plus grand gré.

Il est un Maître qui nous a dirigé dans l'étude de la pathologie interne et de la clinique médicale avec la science et le zèle que l'on sait : c'est M. le professeur-agrégé Rauzier, dont les consultations gratuites furent pour nous une excellente école.

M. le docteur Guérin-Valmale, chef de la clinique obstétricale, nous a toujours accueilli en ami. Ses contre-visites, aussi intéressantes que suivies, ont contribué pour une large part à développer en nous le goût de l'obstétrique et nous en ont facilité l'étude. C'est même sur ses conseils et sous sa direction que nous avons entrepris ce travail. Il est de notre devoir de lui faire une place parmi les Maîtres à qui cet avant-propos est chargé d'exprimer notre très vive et très sincère reconnaissance.

INTRODUCTION

Pour que l'accouchement se termine par les voies naturelles, il faut, entre autres conditions, que le col de l'utérus s'efface, puis que l'orifice utérin se dilate d'une manière suffisante pour permettre le passage du fœtus. Dans certains cas, ces deux phénomènes importants de l'accouchement ne se produisent qu'avec une extrême lenteur ou même n'arrivent pas à se produire complètement.

En effet, que le col de l'utérus ait une situation anormale; qu'il soit devenu rigide; que des états pathologiques viennent à modifier sa structure; qu'il soit envahi par l'œdème, l'effacement et la dilatation cesseront d'être normaux. Ils seront considérablement gênés, impossibles même si le col est oblitéré, si ses lèvres sont accolées l'une à l'autre, si le tissu mou et élastique qui le constitue est remplacé par un tissu scléreux ayant soudé intimement les lèvres de l'orifice cervical. Quoique beaucoup moins fréquente que ces dernières, cette cause de dystocie mérite cependant d'être connue. Les graves accidents auxquels elle peut dans certains cas exposer la mère et l'enfant, l'importance d'un diagnostic exact et précoce, les bons effets d'une intervention opportune, sont des raisons suffisantes pour qu'on l'étudie avec soin.

Les auteurs distinguent une oblitération complète et une oblitération incomplète. C'est de la première seulement que nous nous occuperons dans ce travail, c'est-à-dire des cas où le col est absolument imperméable et refuse de recevoir

sans violence tout corps étranger quelque étroit qu'il puisse être.

Cette anomalie, sur l'existence de laquelle on discutait il y a moins d'un siècle, n'est plus douteuse aujourd'hui. L'observation XII, recueillie à la Maternité de Montpellier, dans le service de M. le professeur Grynfeldt, par M. Guérin, chef de clinique, et publiée dans l'*Obstétrique* par M. le professeur-agrégé Vallois, est très instructive à cet égard. Elle nous a été d'un précieux secours dans notre étude et nous a permis d'envisager la question à un point de vue nouveau, celui des contre-indications qu'elle peut faire naître quelquefois.

Pour conduire notre travail à bonne fin, nous nous sommes inspiré des auteurs qui s'étaient plus spécialement occupés de cette lésion. Nous rapportons à la fin de notre thèse onze observations choisies parmi les plus typiques et les plus intéressantes.

À l'exemple de Depaul, à qui nous avons beaucoup emprunté, nous distinguerons deux variétés dans la lésion, suivant que l'oblitération siège à l'orifice interne ou à l'orifice externe du col, cette dernière étant de beaucoup la moins rare.

L'anomalie se présente à nous sous plusieurs degrés. C'est tantôt ce que Naegele a appelé l'agglutination, tantôt un tissu de cicatrice plus résistant.

Notre travail comprend cinq chapitres.

Dans le premier, nous exposons brièvement l'histoire de la question. Le second est consacré à l'étiologie et à la pathogénie. Dans le troisième, nous étudions les symptômes et le diagnostic. Le pronostic fait l'objet du quatrième. Enfin, le cinquième est réservé à l'étude du traitement.

DYSTOCIE

PAR OBLITÉRATION COMPLÈTE

DU COL UTÉRIN

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Ce n'est guère qu'en 1811 que l'oblitération du col a été étudiée d'une façon sérieuse par Flamant.

Avant cet auteur, on avait bien cité quelques observations tendant à démontrer la possibilité du fait, mais elles avaient été considérées comme fausses.

Baudelocque lui-même avait émis des doutes sur l'existence possible de ce cas pathologique.

Flamant a eu le mérite d'avoir établi la réalité de cette cause de dystocie. Dans sa thèse de concours, sur l'opération césarienne, il propose et décrit un instrument spécial (hystérotome) destiné à inciser le col utérin dans les cas d'oblitération ou de rigidité.

Cinq années plus tard, en 1816, Capturon, dans son *Traité d'accouchements*, à propos d'un cas d'oblitération complète du col, observé par Lauverjat, s'occupe un peu de la question au point de vue opératoire.

Dans son X^e Mémoire, M^{me} Lachapelle parle d'une

façon assez brève de l'oblitération. Elle ne lui accorde pas une importance bien grande, étant donné qu'elle n'avait jamais eu l'occasion d'observer des cas d'oblitération complète avec tissus résistants capables de causer des difficultés sérieuses à l'accouchement.

La rareté de ce genre de dystocie nous explique pourquoi elle n'a pas attiré l'attention des auteurs.

En 1835, H. F. Naegele, publiait, à Heidelberg, un travail d'ensemble sur l'oblitération du col dans la grossesse ; il réunissait les faits rapportés par Schultz, Schmitt, F. Naegele, Vogelmann, Willert, Hirt.

Enfin, en 1860, après avoir eu l'occasion d'observer trois cas dans lesquels l'oblitération avait nécessité une intervention, Depaul étudia la question d'une façon magistrale dans un mémoire intitulé : *De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme en couches et de l'opération césarienne*, et qui parut dans les *Comptes rendus de l'Académie impériale de médecine*.

Après lui, Mattei, Costilles, Godefroy, de Soyre, Charpentier et Bailly, donnent quelques observations intéressantes à l'appui des idées et des faits de Depaul.

A partir de ce moment, l'oblitération du col comme cause de dystocie n'est plus douteuse et fait le sujet des thèses de Boyer et de Figueroa en 1872.

G. Eustache (de Lille) en rapporte une observation dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie* (1895).

En 1897, paraît la thèse de Ozo sur le même sujet.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Multiplés sont les causes qui sont susceptibles d'intercepter toute communication entre l'utérus et le vagin.

Tout d'abord, il est évident que l'oblitération complète est toujours postérieure à la conception. Cela ne veut pas dire que la cause qui a supprimé l'orifice cervical n'existait pas déjà. Le plus souvent même il y avait, avant tout début de grossesse, un état inflammatoire ayant prédisposé la muqueuse à une agglutination. Si l'occlusion ne s'était pas faite, c'est que le flux menstruel venait périodiquement séparer les bords de l'orifice et lui rendre la perméabilité qu'il allait perdre. Loin d'arrêter les tendances des lèvres du col à s'accoler, la grossesse a créé des conditions favorables pour compléter la soudure. Quelles sont ces conditions ?

Au premier rang il faut placer la suppression de l'écoulement périodique des règles.

L'état congestif qui accompagne la gravidité et qui est surtout marqué au niveau de l'utérus vient, lui aussi, favoriser, dans une certaine mesure, la formation des adhérences. En effet, les filaments fibrineux dont elles sont d'abord constituées se forment aux dépens d'une sérosité glutineuse exsudée des capillaires et des lymphas-

tiques. Or, plus il y aura de sang, plus cette exsudation sera facile et abondante.

Dans les antécédents des malades, il n'est pas rare de trouver un ou plusieurs accouchements difficiles, ayant nécessité une intervention manuelle ou instrumentale, suivie d'érosions ou de déchirures. C'est le cas des observations I (Depaul) X (Jardine R.) et XII (Maternité de Montpellier).

Voilà pourquoi cette cause de dystocie se rencontre plutôt chez des multipares que chez des primipares.

Ailleurs, nous pouvons invoquer, comme cause d'occlusion, une métrite cervicale avec ulcérations, soit syphilitiques, soit gonococciques, que le médecin aura combattues au moyen de cautérisations. L'agent caustique le plus souvent employé est le nitrate d'argent. Observations II (Depaul), IX (Piron), VIII (Charpentier).

Dans le cas rapporté par de Soyre (obs. VII), les cautérisations ont été faites au fer rouge.

La femme qui fait le sujet de l'observation de Caffé, avoua avoir essayé, dans les premiers mois de sa grossesse, de provoquer un avortement au moyen d'injections vaginales et même intra-utérines, faites avec une sonde en gomme et une solution de cendres de foyer. Ces injections avaient été fort douloureuses. Elles avaient produit des ulcérations dont la cicatrisation eut, pour résultat définitif, une oblitération complète du col à son orifice externe.

Il est des cas cependant où rien dans l'histoire pathologique de la parturiente, ni leucorrhée, ni ulcérations, ni traumatismes du col, ne permet de découvrir la véritable cause de l'oblitération. Telles sont les observations III (Depaul), V (Gautier) et XI (Eustache).

Pour expliquer ces faits, dont la cause était cachée, on a émis plusieurs hypothèses. Certains ont dit que l'occlusion résultait alors de l'organisation du bouchon plastique qui se trouve dans le canal cervical pendant la grossesse. D'autres, à l'exemple de Vosseur, ont incriminé une fausse membrane qui se serait formée et organisée, à l'époque de la conception, de la même manière que la caduque et qui serait venue s'interposer entre les deux lèvres du col. Que la caduque et le bouchon plastique puissent jouer un rôle dans la pathogénie de l'occlusion, nous ne le contestons pas.

Nous croyons même qu'ils peuvent fournir des éléments au tissu de nouvelle formation ; mais notre opinion est qu'ils sont incapables, à eux seuls, de prendre une consistance suffisante pour produire l'oblitération si leur organisation n'est fortement déviée de son type primitif par un élément important : l'inflammation. Nous en arrivons donc à cette conclusion que toujours il y a un état inflammatoire, pouvant, dans certains cas, passer inaperçu, mais n'en existant pas moins.

Ces diverses causes étant connues, il convient de se demander maintenant pourquoi l'oblitération est ici de la simple agglutination, là un tissu de cicatrice dur et résistant. Ces deux états dissemblables peuvent être produits par la même cause. Ce ne sont que deux stades différents du même processus morbide. Lorsqu'il n'y a que simple agglutination, il est probable que la lésion n'est pas encore très ancienne, que les désordres ont été moins profonds, l'inflammation moins intense.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces deux états se distinguent par la rareté ou l'abondance du tissu fibreux.

Quant à la fréquence plus grande de l'oblitération de l'orifice externe, elle se trouve facilement expliquée par ce fait qu'il est plus particulièrement exposé aux traumatismes de toute sorte, en dehors de tout état gravidique aussi bien que pendant la grossesse et l'accouchement.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Que l'orifice du col soit obstrué par un bouchon muqueux entremêlé d'éléments fibrillaires ou par un tissu de cicatrice, la grossesse ne se trouve en rien troublée dans son évolution. Rien, pendant la gestation, ne fait soupçonner cette cause de dystocie.

Si, par hasard, le médecin vient à découvrir soit une oblitération commençante, soit une occlusion complète au cours d'une grossesse, ce sera à l'occasion d'un examen nécessité par toute autre cause. Son attention ne serait guère attirée de ce côté que dans le cas où il serait en présence d'une femme qui, peu avant sa grossesse, ou dans les premiers mois de la gestation, aurait reçu sur le col des cautérisations énergiques.

On pourrait également penser à cette anomalie si, chez une multipare, on ne trouvait pas, au toucher, un col largement ouvert.

Donc, pendant la grossesse, les symptômes étant nuls, le diagnostic sera rarement fait.

Le plus souvent, ce n'est qu'au moment du travail que se découvre la lésion. Voici, alors, comment se présentent les choses.

L'accoucheur est appelé auprès de la parturiente parce que le travail est commencé depuis longtemps, et que,

malgré des douleurs vives et rapprochées, l'accouchement ne se fait pas.

La longueur inaccoutumée du travail n'est pas le résultat d'une inertie utérine, puisqu'il y a des douleurs intenses et que généralement on constate une présentation très engagée. Il s'agit donc d'un obstacle. Où siège-t-il ?

Pour résoudre cette question on a recours au toucher vaginal.

Dans les faits d'oblitération de l'orifice interne on est tout étonné, après des contractions utérines énergiques, de trouver un col ramolli, ayant sa longueur normale. Si on explore l'orifice externe, on le sent perméable. On pénètre aussi facilement dans le canal cervical, mais on sent une résistance au niveau de l'orifice interne. Le doigt ou l'hystéromètre vient butter là contre une cloison.

La sensation tactile est contrôlée par l'examen au spéculum. On voit, en effet, un col qui n'a subi aucune modification après un travail long et pénible. L'obstacle réside donc au niveau de l'orifice interne, c'est bien en présence d'une oblitération complète qu'on se trouve.

Le diagnostic de la même anomalie, siégeant à l'orifice externe, présente quelques particularités qu'il est bon de connaître et qui le rendent plus difficile.

La prolongation du travail éveillera par elle-même des soupçons ; mais ils ne seront justifiés et la vraie cause de dystocie ne sera connue qu'après un examen minutieux fait au moyen du toucher vaginal et contrôlé ensuite par l'examen au spéculum.

On sera d'abord frappé de l'état de sécheresse du vagin. Ce conduit, en effet, n'est plus, comme normalement, lubrifié par les glaires et les mucosités s'échappant du col. Le doigt arrive ensuite sur une tumeur plus ou moins

régulière, en général très engagée dans l'excavation, suivant la présentation du fœtus et la conformation du bassin. En explorant cette tumeur dans tous les sens on est surpris de ne trouver aucune trace de col. Sous l'influence des contractions, la présentation a distendu le segment inférieur de l'utérus à un degré tel qu'il est parfois possible, à travers la mince couche de tissu utérin, de reconnaître les détails de la présentation. L'orifice interne a disparu, le canal cervical s'est fusionné avec le segment inférieur de la matrice et, au niveau du col, on ne sent ni relief, ni dépression. Aucune sensation particulière, en un mot, ne permet au doigt d'assigner au col la place qu'il occupait. C'est ce qui a lieu lorsque la soudure s'est régulièrement effectuée entre les deux lèvres du museau de tanche.

Cet amincissement exagéré du segment inférieur a pu être, dans quelques cas, une cause d'erreur. Il a été pris pour la poche des eaux, d'où essais de rupture, et, ce qui est plus grave, tentatives d'application de forceps, comme si la présentation était à nu.

Pour plus de précaution, pour donner plus de poids au diagnostic, on aura recours au toucher manuel. La main, introduite dans le vagin, explorera les culs-de-sac plus complètement que n'avait pu le faire le doigt. Mais ce mode d'exploration sera négatif. Il faudra bien alors se rendre à l'évidence.

Il ne faut pas croire que le diagnostic présente toujours des difficultés aussi grandes. Les cas où l'on ne trouve absolument pas trace du col ne sont pas les plus fréquents. Après un examen attentif, un doigt exercé sentira le plus souvent une sorte de tubercule, ou bien une dépression, ou encore une bande cicatricielle dure, tout autant d'indices qui permettront de reconnaître l'anomalie.

A remarquer que, dans le cas qui nous occupe, le spéculum ne met à découvert que la partie la plus saillante de la tumeur, en laissant dans l'ombre les culs-de-sac. Comme tel, il n'est que d'un secours médiocre. Pour la même raison, cet instrument ne rend aucun service lorsqu'il s'agit d'une obliquité exagérée du col.

Certains vices de conformation du vagin ou du col de l'utérus, qu'ils soient congénitaux ou acquis, sont capables d'égarer le diagnostic. Ce sont : le cloisonnement transversal du vagin ; un mode d'insertion vicieux de celui-ci sur la matrice, et aussi la dilatation sacciforme de l'utérus, soit en avant, soit en arrière, avec obliquité du col comme conséquence.

Dans les cas de cloisonnement transversal du vagin, le toucher permettra de connaître cette disposition anormale. Le doigt sera arrêté à peu de distance de la vulve par une membrane fibreuse. Cette cloison est suffisamment ramollie pendant la grossesse pour se laisser repousser par le doigt qui parvient sans peine à sentir plus profondément une saillie formée par le col. Au moment du travail, le segment inférieur de l'utérus distendu viendra s'appliquer contre ce diaphragme, et il n'y aura pas correspondance des deux orifices. L'absence de culs-de-sac sera un bon signe pour faire le diagnostic.

Le vagin peut s'insérer, non plus à une certaine distance de l'orifice externe, mais sur le bord même de cette ouverture, de sorte que les culs-de-sac vaginaux se trouvent supprimés. Le conduit vaginal possède à peu près sa longueur et le doigt, au lieu de sentir la saillie du col, rencontre une voûte à concavité inférieure. Cette voûte ne présente aucun orifice en son centre ; mais, en cherchant bien, on trouve, sur un bord, un petit pertuis que le tou-

cher et le spéculum permettent de reconnaître comme appartenant à la matrice.

L'abouchement anormal de l'utérus dans la vessie ou le rectum pourrait aussi induire en erreur. Mais l'étroitesse excessive du vagin, la dilatation exagérée de l'urèthre ou du rectum fixeront vite le diagnostic. Au toucher, on trouvera un petit vagin terminé en cul-de-sac. Généralement, l'hymen aura été respecté.

Rarement on se trouvera en présence de l'une de ces anomalies. La cause d'erreur la plus fréquente, celle à laquelle il est plus rationnel de penser, c'est une situation anormale du col utérin consécutive à une dilatation saciforme soit de la paroi antérieure, soit de la paroi postérieure du segment inférieur.

Pendant la grossesse, la paroi antérieure de l'utérus se développant d'une façon plus considérable que la paroi postérieure, il en résulte que le centre du col se trouve normalement un peu en arrière de l'axe vertical de la tumeur formée par le globe utérin et aussi du centre du bassin. Que cette disposition soit exagérée et le col sera fortement reporté en arrière. Un examen superficiel risque alors de faire croire à une oblitération du col. Mais une exploration minutieuse du segment inférieur de la matrice et des culs-de-sac, faite avec la main, évitera l'erreur. Il sera ainsi possible de trouver le col alors même que sa déviation serait très grande et qu'une de ses lèvres recouvrirait l'autre. Du reste, pendant le travail, un suintement de liquide amniotique vient avertir qu'une ouverture existe quelque part.

La déviation du col en avant, quoique moins fréquente, donne lieu aux mêmes considérations.

Il importe cependant de remarquer que l'erreur sera encore plus facile dans ce cas, et la découverte du col

moins aisée. En effet, le col n'est plus reporté en arrière, mais en avant, derrière la symphyse pubienne. L'accoucheur a plutôt des tendances à le chercher en arrière, du côté de la concavité sacrée. Ne le trouvant pas à ce niveau, s'il n'a pas connaissance de la possibilité de ce fait, il croira à une oblitération.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Toutes les fois que l'orifice utérin se trouve oblitéré d'une façon complète, le travail de l'accouchement cesse d'être normal. Toujours les douleurs ont une violence extrême.

Ne sont-ce pas des raisons suffisantes pour considérer cette lésion comme sérieuse ? S'il est vrai que les efforts de la nature peuvent, dans les cas de simple agglutination des lèvres, triompher de l'obstacle, il ne faut pas oublier que, même alors, la femme est exposée à l'inertie utérine. La parturiente, en effet, a épuisé toute son énergie à détruire les brides qui s'opposaient, soit à l'effacement du col, soit à sa dilatation. Après cette lutte, les contractions deviennent insuffisantes pour pousser le fœtus à travers la filière pelvi-génitale et l'accoucheur peut être appelé à intervenir.

Dans les cas plus graves où les lèvres du col sont absolument soudées par un tissu de cicatrice avec rigidité, la femme est exposée, comme précédemment, et plus encore, à l'épuisement de l'utérus et à un accident très grave, la rupture de l'organe. Bien plus, dans ces faits, après incision, il faut encore intervenir pour dilater le col.

Quant à l'enfant, il souffre toujours du fait de la longueur du travail. Il peut naître en état de mort appa-

rente; il succombe quand l'intervention se fait trop attendre.

Voici, du reste, ce qu'en dit Mattei dans son travail publié en 1861 et qui a pour titre : *De la dystocie par oblitération complète du col utérin* (*Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, 1861-1862, p. 969) :

« Cette occlusion, dit-il, est ordinairement assez solide pour résister aux efforts naturels du travail (36 fois sur 42), si bien que, dans quelques cas (3 fois sur 42), la femme est morte non accouchée. Dans les cas, même, où l'on est intervenu un peu tard, on a eu à déplorer souvent la mort de l'enfant (7 fois sur 28 notés), quelquefois même, la mort de la mère (2 fois sur 28 notés) ».

Considérons aussi le cas où l'on a affaire à un col fermé et rigide avec une présentation du siège. Le col se refermerait, à la façon d'un anneau, sur le cou de l'enfant et le dégagement nécessiterait une intervention des plus délicates (dilatation artificielle du col et basiotripsie sur une tête dernière).

On voit donc que, dans certains cas, comme dans l'observation XII, la version peut être contre-indiquée par l'atrésie du col, alors qu'elle serait non seulement indiquée, mais nécessaire.

Notons aussi que les fatigues exagérées du travail constituent un grave danger pour les albuminuriques. Elles risquent beaucoup de faire éclater chez elles des crises d'éclampsie qui auraient pu ne pas se révéler au cours d'un travail normal.

L'oblitération du col est-elle capable d'interrompre la grossesse? Nous ne le croyons pas. Si un avortement a lieu, il faut, ce nous semble, l'attribuer plutôt à la cause qui a produit l'oblitération qu'à l'oblitération elle-même.

Dans trois observations : VIII (Charpentier), X (Jar-

dine) et XII (Maternité de Montpellier), la grossesse paraît avoir été prolongée. Peut-être l'oblitération du col n'était-elle pas étrangère à cette particularité ?

Les suites de couches sont généralement normales, même après une intervention ; c'est dire que l'hystérotomie n'est pas une opération grave. De plus, l'antisepsie a diminué d'une façon considérable les chances d'infection.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

L'oblitération complète du col étant reconnue, faut-il intervenir ? quel moment choisira-t-on pour l'intervention ? sur quel point de l'utérus portera-t-elle ? en quoi consistera-t-elle ? Telles sont les questions qui se posent.

Dans les cas où l'anomalie est découverte au cours de la grossesse, rien ne justifie une intervention. La femme, en effet, ne souffre pas du tout ; nous savons aussi que la grossesse n'est pas troublée du fait de l'oblitération de la matrice. De plus, les tentatives faites pour détruire les adhérences ne risqueraient-elles pas de provoquer un avortement ou un accouchement prématuré ?

Voici, d'ailleurs, l'opinion de Depaul : « En admettant que l'état des parties eût été reconnu avant le début du travail, il est bien évident qu'il n'y a rien à faire, qu'il faudrait attendre que le terme fût arrivé et que les contractions utérines fussent franchement établies ».

Cependant Courvoisier et Porak sont intervenus dans ces conditions et ils ont vu la grossesse arriver à terme. Ils avaient probablement eu la bonne fortune de tomber sur des utérus complaisants.

Mais ne pourrait-on pas, surtout si on est loin du terme, voir les adhérences se reproduire ?

Si l'expectation nous paraît justifiée pendant la gros-

sesse, il n'en est pas de même au moment de l'accouchement.

Baudelocque et Mme Lachapelle conseillent d'attendre et de laisser aux efforts de la nature le soin de créer une ouverture à l'utérus. C'est que ces deux auteurs n'avaient observé que des cas où les efforts du travail avaient eu raison de l'obstacle (simple agglutination). Mais, depuis, on sait qu'il y a des oblitérations capables de résister aux contractions les plus énergiques et où l'accouchement serait impossible sans le secours de l'art.

Dans les cas de simple agglutination eux-mêmes, si l'intervention ne paraît pas indispensable, elle est du moins susceptible de rendre de réels services. Elle a l'avantage d'épargner à la parturiente des douleurs trop violentes et un travail long.

A quel moment convient-il d'intervenir ?

Pour Mattéi et Charpentier, il serait imprudent de demeurer inactif toutes les fois que des contractions régulières, énergiques et fréquentes n'auront produit aucune modification du côté du col, après huit heures de travail chez les multipares, et douze heures chez les primipares.

Depaul conseille de tenir compte, « non seulement du temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis le début du travail, mais aussi de l'intensité, de la fréquence des contractions de la matrice, de la réaction qu'elles provoquent du côté de l'organisme maternel et enfin de l'influence qu'elles exercent du côté de la circulation fœtale ». — « Il ne faut jamais perdre de vue, ajoute-t-il, que l'éclampsie et la rupture de l'utérus peuvent être la conséquence d'une trop longue temporisation ».

La tension et l'amincissement du segment inférieur devront être pris en considération si c'est l'orifice interne

qui est obstrué ; si c'est l'externe, il faudra de plus attendre que l'effacement du col soit complet.

Il importe donc d'ouvrir une route au fœtus si tôt ou peu après que le diagnostic d'occlusion complète sera fait. Mais cette ouverture, sur quel point de la partie de la matrice qui fait saillie dans le vagin faut-il la créer ?

Trois cas peuvent se présenter :

1° L'oblitération siège à l'orifice interne et il existe encore un col avec un orifice externe perméable.

2° C'est l'orifice externe qui est fermé ; le col a disparu ; mais on trouve des signes grâce auxquels il est encore possible de déterminer la place qu'il occupait.

3° Il n'est plus possible de trouver trace du col.

Dans le premier cas, l'orifice externe et la portion de la cavité cervicale perméable serviront à conduire le doigt ou l'instrument qu'on voudra mettre en usage.

Quand l'orifice externe sera oblitéré, il existera souvent une saillie, une dépression, une différence de sensation qui pourront mettre sur la trace. C'est à leur niveau qu'on portera le doigt ou l'instrument.

Si, après une exploration minutieuse, on ne trouve aucune trace de col, on doit pratiquer la nouvelle ouverture au point où il se trouve normalement, c'est-à-dire un peu en arrière du diamètre transversal de la tumeur qui fait saillie dans le vagin ou encore dans le point le plus aminci du segment inférieur.

On s'assurera au préalable que le placenta n'est pas à ce niveau. (Le doigt serait séparé de la présentation par un corps mou). On comprend comme, dans ces cas, la présence d'un placenta prævia rendrait difficile la conduite de l'accoucheur.

Comment convient-il de pratiquer l'opération ? Et d'abord, s'agit-il toujours d'une opération ? Non, évidemment,

puisque, dans les cas d'agglutination, des pressions exercées avec la pulpe du doigt, des grattages faits avec l'ongle au moment des contractions utérines, peuvent, à eux seuls, rompre les adhérences. Les observations VIII (Charpentier) et XI (Eustache) en sont des exemples. C'est donc à ce moyen qu'on aura recours tout d'abord. Si l'obstacle résiste on essayera de pratiquer une ouverture avec un stylet boutonné, un hystéromètre, ou même une sonde cannelée.

Lorsque ces moyens auront échoué et alors seulement, on aura recours aux instruments tranchants ; on fera une *hystérotomie*.

La femme étant mise en position obstétricale et toutes les précautions antiseptiques étant prises, on introduit un ou deux doigts dans le vagin jusqu'au niveau du point à inciser pour y conduire l'instrument. Avec un bistouri, dont on aura limité la portion coupante à un centimètre environ, on divise transversalement les tissus, couche par couche, dans l'étendue de huit à dix millimètres seulement.

Il serait prudent de ne pas traverser complètement la paroi et de terminer l'ouverture avec le doigt ou un instrument mousse. On s'exposerait ainsi moins facilement à blesser le fœtus ; on risquerait beaucoup moins d'ouvrir l'œuf avant la dilatation complète.

Nous pourrions encore procéder autrement et saisir la partie à inciser entre les mors d'une pince à griffes. Le pli que l'on ferait saillir serait facilement incisé avec des ciseaux droits sans aucune crainte de blesser l'enfant.

On essaye ensuite d'agrandir cet orifice avec le doigt ou le dilatateur de Huguier. Les contractions utérines, si elles sont énergiques, pourront faire le reste et compléter la dilatation.

Cependant, s'il s'agit d'un tissu de cicatrice résistant, si le segment inférieur a été envahi par du tissu de sclérose sur une certaine étendue, ces moyens ne seront pas assez puissants; la dilatation ne saurait progresser malgré des contractions énergiques. L'opération comportera alors un second temps, qui consistera à faire des débridements multiples avec un bistouri boutonné.

Pour compléter la dilatation, l'écarteur de Tarnier pourra lui aussi, dans certains cas, être un bon auxiliaire.

Dans ces cas de dilatation du col, que l'on peut qualifier de forcée, celui-ci a presque toujours une tendance à revenir sur lui-même (observ. XII). Il convient donc de ne pas lui donner le temps de se refermer après la cessation des manœuvres; par conséquent, aussitôt que la dilatation complète est obtenue, il est bon de terminer l'accouchement.

Plusieurs cas peuvent se présenter.

Tantôt nous avons affaire à une présentation du sommet engagée dans l'excavation ou sur le périnée. C'est évidemment le cas le plus simple, et là, nous terminerons l'accouchement par une application de forceps. Cet instrument, par sa forme conique, maintiendra l'ouverture du col.

Si nous avons, au contraire, une présentation du siège ou de l'épaule, les difficultés au moment de l'extraction pourront être considérables. La tête dernière risque de rester prisonnière et l'on peut se trouver dans le cas de faire une dilatation forcée dans ces conditions, chose parfois très difficile et risquant d'échouer.

On n'aurait alors d'autre ressource pour terminer l'accouchement, que de faire des incisions à la Durhssen ou une basiotripsie, tête dernière. Il est évident que, dans ces cas, l'enfant est mort depuis longtemps.

On voit donc qu'avant toute intervention sur le col, l'accoucheur aura à se préoccuper d'une façon toute spéciale de la présentation fœtale; et s'il ne s'agit pas d'un sommet, on devra tout essayer pour réduire, par manœuvres externes, la présentation vicieuse en présentation céphalique.

Il resterait enfin un dernier cas à examiner. C'est celui qui s'est réalisé dans l'observation XII. Nous voulons parler d'une tête mobile au détroit supérieur par suite d'un rétrécissement du bassin, d'un placenta prævia, ou de toute autre cause. Mais ici, c'est justement ce qui détermine la mobilité de la tête au détroit supérieur qui devient le point capital de l'observation. C'est lui qui doit dicter la conduite à tenir et nous passerons ces divers points sous silence puisque l'oblitération du col est ici reléguée au second plan.

A remarquer cependant que l'oblitération du col, accompagnée de rigidité, est capable, dans certains cas, de donner lieu à des contre-indications. C'est ainsi que, dans l'observation XII, M. le professeur Grynfeldt s'est abstenu de faire une version podalique en raison des dangers dont la tête dernière était menacée au moment de son passage dans un col rigide ayant de fortes tendances à revenir sur lui-même.

OBSERVATION PREMIÈRE

DEPAUL. — In *Moniteur des sciences médicales et pharmaceut.*, 1860

(Résumée).

Oblitération complète de l'orifice externe du col de l'utérus, chez une femme dont la grossesse était arrivée à terme. — Hystérotomie, puis céphalotripsie nécessitée par un vice de conformation du bassin. — Guérison.

Le 15 août 1855, Depaul est appelé en consultation par M. le docteur A. Remondet auprès d'une femme en travail depuis deux jours.

Cette femme, de forte constitution, portait sur les membres des traces de rachitisme ; le diamètre sacro-pubien était de 8 cent. 1/2. Dans un précédent accouchement, on avait été obligé de pratiquer la céphalotripsie.

A l'examen, on constate de nouveau le vice de conformation du bassin, mais il est impossible de trouver le col utérin ; après une exploration très minutieuse des culs-de-sac, on pose le diagnostic d'oblitération complète de l'orifice externe.

Comme la circulation fœtale n'avait subi aucun trouble qui pût inspirer des inquiétudes et que l'état de la mère était excellent, Depaul décida d'attendre, afin de faire une part aussi large que possible aux efforts naturels.

Le 16, même état ; les douleurs sont énergiques.

Le 17, à 11 h. 1/2 du matin, la malade est vue par le professeur Paul Dubois ; le diagnostic est confirmé et l'intervention décidée, car la malade, en travail depuis 4 jours, commençait à avoir un peu de fièvre.

La malade est placée en position obstétricale ; Depaul conduit sur les doigts de la main gauche, introduits dans le vagin, un long bistouri à lame convexe, dont le tranchant avait été entouré de linge jusqu'à un centimètre de son extrémité.

Incision par petits coups, dirigée de droite à gauche, à égale distance des insertions antérieures et postérieures du vagin, en un point où la paroi utérine semblait moins épaisse.

Écoulement de liquide amniotique : ouverture d'un centimètre de diamètre. Débridements à droite, à gauche et en arrière.

La dilatation se complète rapidement.

Application de forceps sans résultat.

Perforation et céphalotripsie.

Suites de couches normales.

Après l'involution, la malade est examinée ; au point où l'utérus avait été incisé, on trouve un petit mamelon irrégulier, au centre duquel se trouve une ouverture à bords un peu durs.

OBSERVATION II

DEPAUL (Résumée)

Femme enceinte de sept mois environ. — Vomissements opiniâtres. — Accouchement provoqué. — Oblitération complète de l'orifice interne du col. — Hystérotomie. — Autopsie. — Cancer du pylore.

La nommée Julie K..., âgée de 29 ans, multipare, entre à l'Hôtel-Dieu, le 15 septembre 1855, pour s'y faire traiter de vomissements presque continuels qu'elle éprouvait depuis longtemps.

À l'âge de 23 ans, elle fut atteinte d'une ulcération du col

de l'utérus, pour laquelle on dut pratiquer plusieurs cautérisations au nitrate d'argent.

Le 16 septembre, à la visite, on constate : amaigrissement et faiblesse portés à un degré extrême, vomissements fréquents, grossesse au septième mois.

Traitement : tampon de coton enduit d'extrait de belladone sur le col utérin. Aliments légers.

Le 26 septembre : l'état général est de plus en plus grave. M. Trousseau, convaincu que les vomissements étaient liés à la grossesse, pensa que l'accouchement provoqué était le seul moyen de sauver la femme d'une mort imminente. MM. Depaul, Legroux, Horteloup, Piédaniel, examinent la malade ; Depaul conseille d'attendre encore.

Le 11 octobre, une attaque d'éclampsie qui ne se reproduit pas. Depaul, mandé par Trousseau, se décide à provoquer l'accouchement par le moyen de la douche utérine.

Au moment d'introduire la canule, il constate que l'orifice interne était complètement fermé.

Le col, situé au centre du bassin, avait une longueur de 8 à 10 millimètres, l'orifice externe était béant, mais le doigt était arrêté à un centimètre de profondeur par une cloison transversale épaisse et résistante qui obstruait complètement le col en ce point.

Une sonde utérine, puis un stylet sont introduits dans le col, mais l'obstacle ne peut être franchi.

Au moyen de longs ciseaux courbes, on entame la cloison, puis avec un bistouri boutonné introduit dans l'ouverture qui venait d'être pratiqué, on débride à droite, à gauche et en arrière : rupture des membranes ; le col s'entr'ouvre et offre le diamètre d'une pièce de deux francs.

A 7 heures du soir, la dilatation est assez considérable

pour permettre une application de forceps ; enfant vivant de 7 mois ; délivrance naturelle.

Le 12 octobre, état général mauvais, pouls petit, très faible et très fréquent.

Le 13, accès convulsifs intenses et rapprochés ; mort à 3 heures du soir.

A l'autopsie, on trouva un cancer du pylore.

Quant à l'utérus, on trouva sur son col les traces des trois incisions qui avaient été pratiquées.

OBSERVATION III.

DEPAUL (Résumée)

Oblitération de l'orifice externe du col de l'utérus chez une femme parvenue au terme d'une première grossesse. — Hystérotomie. — Extraction d'un enfant vivant. — Guérison de la mère.

Mme A. B..., 27 ans. Bien portante. A 26 ans, rhumatisme articulaire aigu et, à la suite, chloro-anémie.

Réglée à 13 ans. Règles régulières et abondantes durant cinq et six jours.

Jamais de pertes blanches.

Primipare. Grossesse normale.

Dernières règles le 15 mai.

Le 18 février, par conséquent, à terme, apparition de douleurs vives, se répétant toutes les 4 à 5 minutes.

Au toucher, je ne découvrais d'abord aucun orifice. Un examen plus approfondi me permit de sentir, sur la portion globuleuse de l'utérus proéminent dans le vagin, une légère saillie transversale qui semblait être le rudiment de la lèvre antérieure, auquel était soudé la lèvre postérieure.

Les douleurs, qui avaient commencé à minuit, cessèrent le matin, à 5 heures.

L'examen pratiqué le lendemain 19, par le Dr Beyran, confirma mon diagnostic.

Le 23. — Reprise du travail. Il ne s'écoule ni eau, ni sang, ni glaires.

Puis accalmie, pendant laquelle la malade peut se promener dans son appartement.

Le 25. — Nouvelle reprise du travail avec des contractions plus énergiques que les précédentes.

Aucune dilatation ne se produisant, je pratiquai une incision en arrière de la légère saillie que j'ai dit devoir appartenir à la lèvre antérieure.

Je fis quelques débridements et un peu de liquide amniotique s'écoula. La dilatation marchant lentement et, quatre heures après, trouvant le pourtour de l'ouverture très résistant, j'agrandis un peu mes premières incisions. Dès lors la dilatation fit de rapides progrès. A midi je faisais une application de forceps et avais un enfant vivant, du poids de neuf livres.

Les suites de couches furent excellentes.

OBSERVATION IV

Docteur CAFFE (Résumée *in* DEPAUL)

Femme âgée de 39 ans et 8 mois.

Trois accouchements antérieurs normaux.

Rien de particulier pendant la grossesse actuelle.

Les douleurs duraient depuis 30 heures environ quand on appela le docteur Caffé.

Le vagin était sec.

Au toucher, on ne sentait qu'un léger repli semblable à une corde tendue, presque sur le raphé médian, près de la paroi recto-vaginale.

De nombreux médecins, parmi lesquels Velpeau, confirmèrent ce diagnostic.

Le lendemain, une incision avec débridement fut pratiquée. A la suite de cette intervention, l'accouchement se termina en une heure.

L'enfant était bien portant.

Les suites de couches furent bonnes.

La femme avoua ensuite s'être donné, pendant les premiers mois de sa grossesse, au moyen d'une sonde en gomme, des injections vaginales et même intra-utérines d'une solution de cendres de foyer.

OBSERVATION V

Recueillie par GAUTIER, chirurgien à Paris, et publiée dans le numéro de vendémiaire, an XII, du *Journal de médecine*, par Corvisart et Leroux.

« Une femme Saillot, demeurant faubourg Saint-Denis, était en travail d'enfantement depuis quinze à dix-huit heures. Etant arrivé chez elle, la sage-femme me tira en particulier et me dit qu'elle était très inquiète sur le sort de cette femme, attendu qu'elle ne trouvait point l'orifice de la matrice, quoique la tête de l'enfant fût très basse et près des grandes lèvres, occupant tout le petit bassin. Cette femme éprouvait des douleurs violentes et très rapprochées l'une de l'autre. Je portai le doigt dans le vagin pour m'assurer de l'état des choses. J'avais d'abord présumé que l'obliquité de la matrice pouvait dérober à la sage-femme l'orifice de cet organe; mais le toucher me désabusa. Je trouvai une tumeur formée par la tête de l'enfant et la paroi antérieure et inférieure de la matrice très près du détroit inférieur. Je promenai le doigt tout

autour et dans le centre. Toutes mes recherches furent infructueuses, je ne trouvai nulle part d'orifice.

» Le vagin, qui adhérait tout autour de cette tumeur, n'avait qu'un pouce et demi de profondeur en arrière et un pouce en devant.

» Gautier se décida alors à pratiquer l'hystérotomie. L'incision faite, il appliqua le forceps, et l'enfant fut extrait bien portant. Il survint une hémorragie qui céda facilement aux moyens ordinaires. La femme se rétablit promptement. Ayant examiné l'état des parties après la première apparition des règles, qui eut lieu au bout de six semaines, il trouva que la matrice était très rapprochée de la vulve. Le vagin était très court et ne présentait en arrière qu'un pouce et demi de longueur. Des adhérences s'étaient établies en arrière entre le vagin et l'utérus ».

OBSERVATION VI

Publiée par L. COURVOISIER. *Corresp. Blatt für Schweiz Aerzte*, 1874, n° 18.

Femme de 26 ans. Deux accouchements antérieurs normaux; depuis deux ans, pertes blanches causées probablement par une gonorrhée du mari.

Endométrite chronique avec ulcération considérable pénétrant dans le canal cervical.

Un peu d'antéversion de l'utérus gravide de trois mois.

13 cautérisations avec le crayon mitigé, deux par semaine. Au cinquième mois de la grossesse, l'écoulement est moins abondant; mais on constate une légère rigidité des bords cicatrisés de l'orifice du col.

On rompt les cicatrices, sept fois avec l'hystéromètre, une fois avec le bistouri.

La malade est perdue de vue, on la retrouve en plein travail.

Au bout de 12 heures de travail, cessation des douleurs.

La tête fœtale est coiffée du segment inférieur qui en impose pour la poche des eaux.

Au toucher, on trouve, en arrière et en haut, une cicatrice dure, étoilée, dont les rayons convergent vers une légère dépression, correspondant évidemment à l'orifice du museau de tanche.

Au moyen d'un bistouri boutonné, on tente de fendre le col atrésié. Incisions superficielles dans diverses directions.

Reprise des douleurs. La dilatation arrive à trois centimètres et demi de diamètre.

Rupture de la poche des eaux à la dilatation complète. Les douleurs cessent. Application de forceps, enfant mort. Délivrance artificielle d'un placenta retenu dans l'orifice interne.

Après rétablissement de la malade, on trouve le col atrésié. Dans son voisinage immédiat, se trouve, dirigée d'avant en arrière, une fente béante, des bords de laquelle partent, dans diverses directions, des fissures cicatrisées.

Les incisions n'avaient pas porté sur l'orifice du col,

OBSERVATION VII

(Résumée)

DE SOYRE: — *In* Mémoire de Charpentier. — *Archives de Tocologie*, 1874
(Primipare)

Début des douleurs vers midi, un dimanche. Examen de la malade vers deux heures du soir. Douleurs extrêmement violentes. Commencement évident de travail. Cependant col long et fermé. La longueur de cet appen-

dice ramolli était d'environ 1 centim. 1/2. Le segment inférieur de la matrice recouvrait la tête engagée dans l'excavation et était très tendu. Il n'y avait qu'une très petite quantité d'eau emprisonnée au-dessous de l'extrémité céphalique.

L'idée d'un travail réel est abandonnée; après avoir admis et rejeté successivement divers diagnostics, je pensai, sans y insister autrement, soit à un rhumatisme utérin, soit au commencement d'un travail d'accouchement prématuré; mais l'absence de tout écoulement d'eau, de glaires, de sang, la fermeture du col, me firent plutôt incliner vers la première de ces deux causes.

Prescription de calmants, lavements laudanisés, cataplasmes au laudanum, potion calmante. Depaul voit la parturiente le lundi.

Il diagnostique un début de travail, et pense à une oblitération du col. Peu de temps avant qu'elle devint enceinte, il avait cautérisé cette femme au fer rouge pour une ulcération du col.

Examen du mardi :

Le col, depuis 30 heures, n'avait pas diminué d'étendue. Il était mou, petit, conique, la pointe tronquée libre dans le vagin. Le museau de tanche, à section ovale, présentait à son centre une dépression étoilée.

Il était de toute impossibilité d'introduire le doigt, ni même de séparer avec l'ongle les deux lèvres de ce col. Elles étaient intimement soudées. Vérification au spéculum des sensations fournies par le toucher. On ne peut, avec un hystéromètre, séparer les deux lèvres du col ni pénétrer dans la cavité cervicale.

Bruits du cœur bons.

Contractions irrégulières.

Pouls à 92.

La femme paraît fatiguée. Depaul essaie de détruire les adhérences avec une pointe mousse. N'y parvenant pas, il fit, avec la pointe du bistouri, une incision dans le centre du museau de tanche, incision d'environ 5 millimètres de profondeur et ne séparant pas, du reste, le col en deux lèvres complètement distinctes. Puis, reprenant ensuite la pointe mousse dont il s'était servi au début, il essaya de séparer les parois du col, en poussant cette pointe peu à peu pendant qu'il imprimait à l'instrument des mouvements de rotation.

Après un quart d'heure d'effort, la femme étant fatiguée, la séance est suspendue.

Le soir, nouvelle tentative avec une pince dont il se sert comme dilateur. Les efforts furent vains. Nouvelle incision agrandie avec un instrument mousse.

Mercredi matin, trois ponctions comme les deux précédentes. Mercredi soir, Depaul parvint jusque dans la cavité de la matrice et introduisit son doigt à frottement dans le canal de nouvelle formation, qui avait à peu près deux centimètres de longueur, et parvint à parcourir circulairement avec ce doigt tout le pourtour de l'orifice interne, décollant ainsi l'œuf dans une étendue de deux à trois centimètres.

Jeudi, le col est effacé, mais les bords de l'orifice étaient assez rigides et menaçaient de ne pas se laisser dilater franchement. La femme se fatiguait de plus en plus, bien que les contractions se soient exercées irrégulièrement pendant toutes ces manœuvres. L'enfant vivait.

Le jeudi soir, dilatation comme deux francs. La rigidité des bords est un peu moindre. Depaul rompt les membranes.

Vendredi, six heures du matin, nuit très mauvaise, poulx à 112. L'orifice est suffisamment dilaté. Application de

forceps. Enfant vivant, peu développé, mourant cinq jours après de convulsions et d'impuissance vitale. La mère se remet très bien. Un second accouchement ne nécessite qu'une application de forceps pour insuffisance utérine.

OBSERVATION VIII

Publiée par CHARPENTIER dans les *Archives de toxicologie*, 1875, t. II p. 650

Le 16 septembre, à six heures du matin, Mme Ibert, sage-femme, me faisait demander pour une malade qui présentait, disait-elle, une oblitération du col et qui était en travail depuis près de 48 heures. Je m'y rendis immédiatement et voici ce que je constatai :

Mme L..., rue Fontaine-au-Roi, 27, est une femme robuste, forte, vigoureuse, bien constituée, n'ayant jamais eu de maladies graves et d'une bonne santé habituelle. Sa seule maladie sérieuse depuis la puberté a été une affection utérine survenue à la suite de son troisième accouchement, et pour laquelle elle a été soignée par M. le docteur Lhuillier, rue d'Anjou. Voici les antécédents de cette femme jusqu'à son accouchement actuel.

Elle a 29 ans et, pendant son enfance elle a toujours été souffrante jusqu'à l'âge de 7 ans. A 11 ans, fièvre typhoïde. Première apparition des règles à 15 ans 1/2.

Cette première époque fut accompagnée d'un ictère qui n'a duré que fort peu de temps. Les règles n'étaient pas parfaitement régulières et elles étaient fort peu abondantes ; mais enfin, à partir de cette époque, sa santé s'est affermie et depuis elle n'a jamais été malade. Mariée à 18 ans, elle est accouchée à 19 ans 1/2 d'un enfant avant terme (8 mois), qui a résisté et qui s'est bien élevé depuis. L'accouchement a été rapide et elle s'est remise promptement.

ment. Au bout de 2 ans 1½, nouvelle grossesse. Deuxième accouchement à 22 ans 1½, à terme cette fois. Enfant bien vivant, bien constitué; accouchement facile. Suites de couches régulières. A 26 ans, troisième accouchement à terme, aussi facile, aussi régulier que les autres. Un an après ce dernier accouchement, Mme L., se sentant fatiguée, souffrante, alla consulter le docteur Lhuillier qui veut bien me transmettre la note suivante : « Le 2 mai 1873, Mme L., est arrivée chez moi présentant les symptômes ci-dessous : anémie complète, battements de cœur, etc., etc. Maigreur extrême, maux de reins, tiraillements d'estomac, névralgies intercostales, sensibilité extrême du ventre, surtout du côté de l'ovaire droit, enfin pertes abondantes de glaires ressemblant à du blanc d'œuf non cuit. J'ordonnai le quinquina, le fer, les bains de Barèges, et enfin je conseillai les cautérisations. J'en fis 27, du 12 mai au 7 octobre 1873, avec le crayon de nitrate d'argent. En cinq mois cet écoulement rebelle cessa complètement. »

Les règles ont reparu pour la dernière fois le 9 novembre 1874. A partir du 6^e mois, la malade fut souvent prise de douleurs analogues à celles qui ordinairement précèdent les règles. Mme Ibert, sage-femme, appelée, eut l'occasion d'examiner la malade au cours du 8^e mois pour voir s'il n'y avait pas de commencement de travail. Elle ne put arriver au col et le supposa trop élevé. Présentation du sommet.

Le 16 septembre, à 4 heures du matin, les douleurs sont plus vives et plus longues; à 5 heures, Mme Ibert pratique le toucher; engagement profond de la tête.

Le segment inférieur de l'utérus est tellement tendu pendant les douleurs, que tout d'abord on aurait pu croire qu'il y avait une dilatation complète et que la tête n'était

retenue que par les membranes. Je ne pouvais m'y tromper, ajoute Mme Ibert, dans la note qu'elle m'a remise, la visite faite dans le courant du huitième mois ayant éveillé mon attention, je pensais avoir affaire à une oblitération du col. C'est dans ces conditions que je fus appelé à 6 heures du matin. Ainsi, dernières règles le 9 novembre 1874, par conséquent grossesse présentant déjà cette particularité de présenter une prolongation notable. La malade, en effet, attendait son accouchement vers le mois d'août, fin d'août, ou commencement de septembre et a été fort surprise de voir se passer l'époque à laquelle elle attendait sa délivrance.

A partir des premiers jours de septembre, le 2 ou 3, elle a été prise de douleurs de reins beaucoup plus intenses, de douleurs de ventre et de contractions utérines, dont elle se rendait très bien compte, ayant déjà eu trois enfants ; mais, comme elle le dit elle-même : *je sentais bien que ce n'était pas ça*. Les premières contractions vraies et énergiques se sont manifestées le 14 septembre 1875 et se sont suivies depuis, sans interruption, jusqu'au moment où j'ai été appelé, le 16, à 6 heures du matin. Je me rends immédiatement chez la malade et voici l'état dans lequel je la trouve.

Etat général très satisfaisant. Les contractions reviennent toutes les trois minutes, depuis la veille au soir. Elles sont régulières et énergiques.

Le palper me fait reconnaître une présentation du sommet en O. I. G. A. et l'auscultation ne fait que confirmer ce diagnostic ; seulement, les battements du cœur de l'enfant sont sourds et ralentis, 112, mais ils sont réguliers et ne présentent aucune intermittence. Je procède alors à l'exploration vaginale. Je la pratique tout d'abord dans la position habituelle, et le toucher me fait constater la

présence très avancée dans l'excavation de la tête fœtale. Le segment inférieur de l'utérus qui la recouvre est assez mince pour qu'il soit facile, à travers son peu d'épaisseur, de reconnaître les deux fontanelles, l'antérieure située en arrière et à droite au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, la postérieure située plus bas au niveau de la cavité cotyloïde gauche. Le toucher confirme donc le diagnostic fait par le palper et l'auscultation, mais il m'est impossible de sentir le col ni d'en découvrir aucune trace.

Désirant faire un examen plus complet, je fais placer la femme sur le bord du lit, le siège débordant le lit, les deux pieds appuyés sur deux chaises, et je procède de nouveau au toucher. J'introduis d'abord un doigt, puis deux, sans pouvoir rien constater; mais le vagin étant très large et la femme peu sensible, je finis par introduire la moitié de ma main droite dans la cavité vaginale et je procède à une exploration minutieuse. Impossible de découvrir aucune trace du col. Ce qui me frappe, c'est la minceur des parties qui me séparent de la tête, et qui sont si minces qu'elles sont tout à fait analogues aux membranes, et que l'on pourrait tout d'abord croire à une dilatation complète du col. La tête est séparée du doigt par le segment inférieur de l'utérus extrêmement aminci, derrière lequel on sent, au moment de la douleur, une accumulation assez considérable de liquide et un ballonnement assez net de la tête. Les culs-de-sac du vagin sont tendus, libres, mais de trace du col, aucune. Le vagin est sec et n'est le siège d'aucun écoulement de liquide quelconque.

Je procède alors à la même exploration avec la main gauche et, en portant ma main directement derrière la tête et dans l'axe du vagin, j'explore tout le segment inférieur de l'utérus sans découvrir davantage le col. En un point pourtant, il me semble, au moment d'une douleur,

sentir une place un peu déprimée, où la fluctuation paraît plus manifeste, et qui me semble devoir être ce qui reste du col.

J'attends alors une seconde douleur, et au moment où elle est à son summum, je pousse doucement sur ce point un peu déprimé; sans grand effort ce point cède sous la pression de la pulpe du médius et, immédiatement, je sens l'orifice s'ouvrir sous mon doigt. J'introduis alors le médius entre les membranes et les bords de de l'orifice ainsi créé, et en quelques secondes, en passant mon doigt sur tout le pourtour de cet orifice ainsi créé, j'obtiens une dilatation grande comme une pièce de cinq francs. Les bords de l'orifice sont souples, minces, et les membranes bombent à travers cet orifice. La tête se présentant, je romps les membranes, et, à mon grand étonnement, il s'écoule un flot de liquide complètement analogue à celui que l'on rencontre dans les cas où l'enfant est mort et macéré depuis un certain temps. Liquide fortement coloré en rouge sombre. La tête s'applique sur le col, qui se dilate en quelques minutes.

L'auscultation pratiquée immédiatement me fait reconnaître les battements du cœur plus lents encore, commençant à devenir irréguliers. Je fais alors une application de forceps, et j'amène un enfant un peu asphyxié, mais qu'il suffit de frotter un peu vigoureusement pour le ranimer complètement.

La respiration se fait bien, le cri est fort et l'enfant présente bientôt l'aspect d'un enfant parfaitement bien portant.

Délivrance naturelle au bout d'un quart d'heure; pas d'hémorragie. Les suites de couches ont été très régulières et, aujourd'hui 29 septembre, 13 jours après l'ac-

couchement, la mère et l'enfant sont dans un état très satisfaisant.

La mère nourrit l'enfant, qui ne fait aucune difficulté pour prendre le sein.

OBSERVATION IX

PIRON. *Journal des médecins praticiens*, 1878. p. 411. — Oblitération du col chez une femme enceinte.

Femme atteinte d'une métrite granuleuse après une première grossesse. La médication locale consista en cautérisations par le nitrate d'argent solide, en injections astringentes et en applications d'un glycére de KI au moyen d'une éponge imbibée de cette préparation suivant la méthode de Scanzoni. Pendant ce traitement, elle devient enceinte ; grâce à l'absence de phénomènes sympathiques cette grossesse n'est diagnostiquée qu'au sixième mois. On cesse seulement alors les cautérisations.

On craint une oblitération du col par suite d'un travail adhésif produit par l'inflammation du col jointe à la congestion produite par la grossesse. Ces prévisions se réalisèrent en effet. Quelques jours avant l'avortement, le toucher permit de constater l'absence complète du col et de tout orifice utérin. Le spéculum même ne permit pas de distinguer le moindre orifice, mais seulement une espèce de sillon là où il aurait dû normalement exister. Un stylet boutonné introduit à cet endroit ne parvient pas à pénétrer dans la cavité utérine. On était bien en présence d'une occlusion complète du col utérin. Quelques jours après, le travail commençait. Il était facile de constater la position de la tête en O. I. G. P. à travers les parois amincies de l'utérus, mais aucun orifice nese pro-

duisait. Piron essaya même, mais en vain, d'insinuer l'ongle dans le sillon qu'il avait remarqué. Aussi il pratiqua l'hystérotomie vaginale au bistouri. Plusieurs incisions. Cette petite opération ne suffisant pas, elle est répétée au bout d'une heure. Toutefois, malgré cette intervention, le travail allait fort lentement, et on pouvait sentir, entre le doigt et les parties fœtales, une membrane que l'on pouvait supposer être un fragment de la caduque. Quand la dilatation est suffisante, perforation de la poche des eaux et application de forceps. Enfant extrait vivant. Suites de couches normales.

OBSERVATION X

(Résumée).

R. JARDINE. Occlusion de l'orifice externe. — *Brit. M. J.* London 1892.
Bd I, page 962.

Il s'agit d'une femme qui, à sa première grossesse, avait eu des malaises fréquents et de l'éclampsie avec accidents oculaires passagers.

Elle avait accouché, par une application de forceps, d'un enfant mort, avec de légères déchirures du col. A la suite de cet accouchement, elle avait, tous les quinze jours, des règles abondantes.

Deuxième grossesse, pas de complications.

Pas d'albumine.

Pas d'hydropisie.

Dernières règles, 15 juillet 1888.

L'accouchement était attendu pour la première semaine d'avril 1889.

Le 3 avril, les douleurs commencent, elles cessèrent pendant la nuit et, pendant les quatre semaines suivantes, elles furent presque insensibles.

Le 5 mai (un mois et deux jours après), je fus de nouveau appelé et la trouvai en travail... Les douleurs se produisaient toutes les 10 à 12 minutes. La tête était très haute, et je ne pouvais sentir aucun orifice externe. Le col était oblitéré. Les culs-de-sac vaginaux semblaient être des membranes distendues et en continuité directe avec les parois. Près du centre de la voûte, une dépression, entre de petites élévations, indiquait la position de l'orifice du col. J'essayai de pénétrer avec l'ongle, mais n'obtins aucun résultat.

Un confrère la vit avec moi. La position de l'orifice occlus fut confirmée sous le chloroforme. Il ne put pénétrer avec l'ongle et nous nous décidâmes à pratiquer l'incision. On constata ensuite la rigidité du col. Il fallut faire plusieurs incisions, et on n'eut pas d'hémorragie appréciable. La dilatation par les doigts devint alors facile. On termina par une application de forceps.

Les épaules eurent beaucoup de peine à être dégagées; et ce fait est dû, d'après l'auteur, à leur développement anormal.

Une heure de soins ne peuvent ranimer l'enfant.

Le col fut légèrement dilacéré, mais sans déchirures profondes.

Délivrance spontanée, rapide, sans hémorragie.

Les circonstances qui avaient accompagné la cessation des règles (empêchement d'aller au mariage d'un parent), rendaient impossible l'erreur de la part de la malade.

Du 5 juillet 1888 au 3 avril 1889, date des premières douleurs, il s'est écoulé 272 jours et il est probable que ces douleurs eussent amené l'accouchement si l'orifice avait été ouvert.

Jusqu'au 6 mai, jour de la délivrance, nous arrivons à un total de 304 jours à partir de la cessation des règles.

L'auteur, après avoir rappelé que la vaginite ou l'endométrite cervicale sont le plus souvent considérées comme la cause de l'occlusion, rapporte à ce sujet l'opinion de Tyler Smith qui dit que : « dans quelques-uns des cas les plus parfaits d'occlusion, on remarque qu'aucun signe d'inflammation n'a existé pendant la grossesse ». Mon cas semble faire ressortir ce fait.

OBSERVATION XI

Publiée par le professeur G. Eustache (de Lille) In *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1895

Oblitération complète de l'orifice externe du col chez une femme parvenue au terme d'une première grossesse

La fille Elisa Vand..., âgée de près de 18 ans, ménagère, entre à la maternité le 21 novembre 1894, à 6 heures du soir. Elle est primigeste, bien constituée, d'une bonne santé antérieure. Les dernières règles ont eu lieu le 7 février 1894 ; elle comptait accoucher avant le 15 novembre. La grossesse a été régulière, facile. Elle n'a éprouvé aucune douleur spéciale, ni du côté du ventre, ni du côté des organes génitaux : elle n'accuse pas de pertes blanches, sauf depuis ces derniers quinze jours.

Le 17 novembre, elle fut prise de douleurs assez vives et assez fréquentes pour empêcher tout travail et tout sommeil : ces douleurs siégeaient dans les reins et dans le ventre et allèrent en augmentant pendant quatre jours consécutifs, sans qu'il y eut le moindre écoulement d'eau et de sang. Elle se décide alors à venir à la Maternité.

L'interne qui l'examine alors constate que le ventre est volumineux, reconnaît une présentation du sommet en O. I. G. A. La tête fœtale est profondément engagée dans

l'excavation et arrive presque sur le plancher périnéal. Elle est fixée, et sa situation ne se modifie pas au moment des contractions qui sont fortes et prolongées. Le segment inférieur de l'utérus la recouvre de toutes parts, lisse, tendu et suffisamment aminci pour permettre de reconnaître sutures et fontanelles. Mais le doigt ne peut rencontrer en aucun point d'orifice utérin.

La femme éprouva des douleurs toute la nuit ; le lendemain la situation n'avait pas changé. Dans la journée du 22, l'engagement devint un peu plus profond ; la tête, toujours coiffée de l'utérus reposant sur le périnée qui commençait à faire saillie au moment des douleurs ; impossibilité d'atteindre et de reconnaître l'orifice du col. En explorant avec soin, avec deux doigts et la main entière, la saillie formée par l'engagement, on ne trouve d'orifice nulle part ; la tumeur est partout lisse, tendue et devient de plus en plus sensible. Toutefois, en parcourant la surface avec la plus grande attention, on constate que, sur un point correspondant un peu au-dessous de la partie centrale, il existe un point, de la dimension d'un demi-centimètre à peine, qui paraît aminci, avec une demi-circonférence postérieure légèrement plus épaisse. Ce point, mis à découvert par le spéculum, ne présente à l'œil rien de particulier. D'un autre côté, pas trace de sang, ni d'écoulement séro-aqueux.

A six heures du soir, les douleurs devenant de plus en plus fortes, je suis appelé. Je reconnais nettement les particularités ci-dessus et conclus à une oblitération complète de l'orifice externe du col empêchant la terminaison de l'accouchement. Après avoir exploré avec attention toute la surface saillante, il me semble que l'emplacement primitif du col doit correspondre à la partie amincie précédemment signalée, et me mets en mesure de déchirer le col à cet endroit, afin d'établir une ouverture.

Pendant près de dix minutes, j'exerçai des pressions et des grattages avec l'ongle en cet endroit, et surtout au moment des contractions utérines, qui étaient fréquentes ; mais ce fut tout d'abord sans résultat. J'y avais renoncé déjà, et j'allais procéder à une incision cruciale avec la pointe d'un bistouri, quand je sentis la paroi céder sous mon ongle, qui la traversa et pénétra dans la cavité de l'utérus. En forçant, je pénétrai davantage et pus arriver ainsi, à travers un orifice qui m'enserrait le doigt, jusque sur la tête du fœtus. Dès que le doigt fut retiré, il se produisit un jet de liquide amniotique, semblable au jet de l'urine, et qui fut projeté à près d'un mètre de distance. J'avais donc perforé la matrice au point qui me semblait être le col, et rétabli l'ouverture de celui-ci.

A partir de ce moment, la dilatation progressa rapidement. Deux heures après, elle était complète, et une heure suffit à l'expulsion d'un gros garçon de 3,800 grammes, en parfait état.

En pratiquant l'injection intra-utérine, on nota une déchirure située à la partie antéro-latérale droite du col, se prolongeant jusqu'à l'insertion du vagin.

Les suites de couches furent extrêmement normales. La femme sortit le onzième jour. La déchirure du col était en partie cicatrisée.

OBSERVATION XII.

Service de M. le professeur Grynfeldt à la Maternité de Montpellier. — Communiquée à la Soc. des sc. méd. de Montpellier par le Dr Guérin-Valmale. (Séance du 24 juin 1898). In *Montpellier-Médical*. — Publiée par M. le prof.-agrégué Vallois in *Obstétrique*, n° du 15 mars 1899 et in *Montpellier Médical*, n° du 30 avril 1899.

Je remercie M. le professeur Grynfeldt de m'avoir permis d'assister à cet accouchement et de m'avoir communiqué l'observation.

Cette observation a été prise avec grand soin par le docteur Guérin-Valmale, chef de clinique à la Faculté.

Le 15 avril 1898, à la Maternité de Montpellier, dans le service de M. Grynfeldt, entrait la nommée Louise B..., épouse B..., âgée de 37 ans, de Montpellier.

Les antécédents obstétricaux de cette femme sont intéressants.

Première grossesse en 1884. Cette grossesse fut pénible (vomissements incessants, céphalée intense, épigastralgie constante, gêne respiratoire avec crises d'étouffement, œdème des membres inférieurs, du bas-ventre et même de la face).

Au début du neuvième mois, les mouvements fœtaux cessèrent d'être perçus par la femme, qui n'accoucha que vingt-deux jours après, à terme, d'un enfant mort-né. Cet accouchement fut long et laborieux. Une fois la tête dégagée, les épaules ne descendant pas, la vieille sage-femme qui l'assistait tira de toutes ses forces pour extraire le corps. N'ayant pas réussi, elle fit promener la parturiente avec la tête du fœtus hors la vulve, puis elle attacha solidement une serviette au cou de l'enfant et tira de nouveau de toutes ses forces ; n'ayant pu achever l'extraction, elle fit appeler deux accoucheurs qui terminèrent rapidement et firent de l'antisepsie autant que possible, alors qu'elle avait été complètement négligée jusque-là. Les suites de couches furent fébriles et la femme fut longtemps sans se remettre.

Neuf mois après, débuta sa deuxième grossesse, très mauvaise aussi et accompagnée du même cortège symptomatique d'autointoxication gravidique que la première fois.

Le deuxième accouchement eut lieu à terme ; il fut long et pénible, moins cependant que le premier. L'enfant mourut au cours du travail.

La vieille sage-femme ne prit aucune mesure d'antisepsie ; aussi y eut-il une légère infection.

Enfin, il y a 8 ans, elle devint enceinte pour la troisième fois ; cette grossesse encore fut sujette aux mêmes accidents que précédemment, peut-être même plus marqués encore.

L'accouchement fut des plus compliqués. Le travail durait depuis longtemps déjà sans résultat appréciable, lorsqu'un accoucheur fut mandé qui tenta plusieurs applications successives de forceps, mais sans succès. Il introduisit alors dans le crâne des ciseaux perforateurs et appliqua ensuite un céphalotribe, grâce auquel il put terminer l'accouchement. Malgré les précautions d'antisepsie relatives possibles dans un pareil milieu, la malade eut de la fièvre et garda le lit deux mois, au cours desquels elle présenta, pendant 17 jours, de l'incontinence d'urine dont elle guérit spontanément, puis un phlegmon du ligament large gauche pour lequel elle entra à la clinique obstétricale, où ce phlegmon fut ouvert et d'où la malade sortit guérie.

Pour la quatrième fois, elle devint enceinte en août 1897 (dernières règles du 5 au 12). Dès le début de cette grossesse, comme au cours des précédentes, paraissent tous les symptômes d'auto-intoxication déjà notés. Cependant les vomissements furent moins fréquents ; la céphalée, au contraire, revint intense, ainsi que l'épigastralgie et les troubles respiratoires. Pour la première fois, parurent des troubles de la vue. L'œdème devint considérable.

Le 15 avril 1898, la malade se décide à entrer à la Maternité de Montpellier, où elle est examinée par M. le professeur Grynfeldt.

Bouffissure très marquée de la face, surtout au niveau des paupières ; œdème sus-pubien s'étendant presque jus-

qu'à l'ombilic ; vulve très œdématiée ; membres inférieurs pâles, boudinés par l'œdème.

L'utérus, en antéverson assez marquée avec légère déviation à droite, remonte à sept travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

L'enfant, dont la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur et ne dépasse pas la symphyse au palper mensor, se présente en O. I. D. T. Les battements fœtaux sont perçus à droite, sur la ligne ombilico-pectinéale.

Le col utérin est long et ramolli ; son orifice externe est fermé ; il est traversé par une sorte de cicatrice dirigée obliquement de gauche à droite et d'avant en arrière et semble formée de deux lèvres obliques : l'une antéro-droite, l'autre postéro-gauche.

La cicatrice qui traverse ainsi le col en diagonale se prolonge sur le vagin : en arrière et à droite, sur une longueur de 1 à 2 centimètres et, en avant et à gauche, sur une plus grande étendue, presque au côté gauche du tubercule antérieur du vagin.

Le segment inférieur est vide.

Le promontoire est accessible (sans faux-promontoire). On l'atteint assez facilement et la mensuration digitale donne un diamètre promonto-sous-pubien = 10 centimètres et demi, ce qui indique un promonto-pubien minimum de 9 centimètres.

L'examen des urines révèle 50 centigrammes d'albumine environ par litre : aussi le régime lacté absolu est-il aussitôt institué.

Le 30 avril, Mlle Bazin, sage-femme en chef de la Maternité, crut remarquer que la tête fœtale mesurée par le palper, semblait, sinon déborder, du moins affleurer le bord supérieur de la symphyse. Aussi prévint-elle M. le

professeur Grynfeldt, qui, ayant examiné la femme, confirma absolument le fait.

La grossesse étant alors au début du neuvième mois, M. Grynfeldt proposa à la femme de provoquer un accouchement prématuré. La femme ne voulut rien entendre, déclarant ne vouloir se prêter à rien sur sa propre personne, et toutes les raisons ou menaces que l'on put faire valoir n'aboutirent qu'à un refus absolu. On laissa alors aller à terme, comptant sur la symphyséotomie pour faciliter le passage de l'enfant, s'il y avait lieu.

Sous l'influence du régime lacté absolu, l'œdème diminua et les symptômes d'auto-intoxication s'amendèrent considérablement. Toute trace d'albumine avait absolument disparu des urines lorsque débuta le travail.

Premières douleurs, le 22 mai, dans l'après-midi. Faibles et espacées pendant quelques heures, elles se rapprochèrent et augmentèrent notablement d'intensité pendant la nuit. Le lendemain matin, elles étaient intenses et très rapprochées. Le col était complètement effacé, mais il ne présentait pas la moindre dilatation.

Ne pouvant sentir l'orifice utérin, Mlle Bazin pensa à une rigidité pathologique du col et avisa M. Grynfeldt.

A 6 heures du soir, on ne trouvait ni col, ni orifice utérin. Au fond du vagin, on sentait deux parties saillantes, rénitentes, longues et obliques, l'une en avant et à droite, l'autre en arrière et à gauche, séparées l'une de l'autre par une longue bande de tissu plus résistant, qui n'était autre que la cicatrice dont il a été parlé plus haut.

En cherchant bien l'orifice utérin, on arrivait, sinon à le reconnaître, du moins à le soupçonner sur cette bande cicatricielle et près de son extrémité postérieure. Là, à peu près au centre du bassin, on percevait une sorte de petite cupule dont le bord gauche était complètement

effacé, tandis que le bord droit faisait une petite saillie de 1 à 2 millimètres de haut en forme de croissant, à concavité gauche. Après avoir placé un spéculum, M. Grynfeldt sonda avec un hystéromètre ce repli semi-lunaire et ses environs sans pouvoir découvrir un pertuis. Le spéculum fut enlevé; puis, saisissant un bistouri boutonné à long manche et se guidant sur l'index de la main droite, M. Grynfeldt incisa légèrement le repli falciforme à droite et en arrière. Alors, insinuant dans cette petite plaie un dilatateur à trois branches de Huguier, il tâcha de pénétrer mais sans grand succès; car il n'osait forcer, craignant, dans une brusque échappée, de perforer la poche des eaux. Aussi remplaça-t-il bientôt la pointe vive du dilatateur par le bout rond et mousse d'une pince de Doyen, avec laquelle il défonça la petite cupule. Il put alors pénétrer avec le dilatateur de Huguier et agrandir l'orifice jusqu'à permettre l'introduction du doigt.

On était bien dans le col; mais celui-ci, dur et rigide, formait un anneau difficilement dilatable. Cependant, le doigt aidant, on put mettre peu après le dilatateur à trois branches de Tarnier et, à 7 heures du soir, celui-ci était en place avec son caoutchouc constricteur. A ce moment la poche des eaux vient de se perforer et laisse échapper un peu de liquide amniotique et de méconium.

L'enfant est vivant, la tête est toujours mobile au détroit supérieur.

A 9 heures du soir, le col est ouvert comme cinq francs environ, mais il a repris sa longueur et étrangle fortement le dilatateur. L'auscultation révèle un souffle au premier temps du cœur fœtal. On enlève la troisième branche du dilatateur, laquelle est devenue douloureuse pour la femme. De temps en temps, injections antiseptiques.

A 2 h. 1/2 du matin, on constate que la dilatation est presque complète et on enlève l'écarteur de Tarnier. Puis on tente une application de forceps (F. Tarnier). La femme est chloroformée. La tête étant en droite transversale, on se décide pour une application oblique. M. Grynfeldt exerce des tractions qui deviennent bientôt très énergiques. Puis il se fait remplacer successivement par M. Vallois et par M. Guérin, mais sans résultats. La prise est solide, le forceps ne dérape pas, mais la tête ne descend pas.

Après un nouvel essai, M. Grynfeldt retire l'instrument, et, avec le grand forceps de Pajot, fait une application directe quant au bassin. Nouveaux efforts, nouvel insuccès. Quelques énergiques que soient les tractions, la tête ne fait aucun mouvement ; les bosses pariétales ne franchissent pas le rétrécissement. L'enfant est encore vivant.

M. Grynfeldt examine l'opportunité d'une version et se demande si, vu le degré peu prononcé du rétrécissement, la manœuvre de Champelier ne permettra pas la descente de la tête. Mais, d'autre part, craignant qu'en raison de sa rigidité le col ne se serre sur le cou de l'enfant et ne vienne s'opposer au passage de la tête dernière, il préfère renoncer à cette opération, qui, dans le cas particulier, exposerait la mère sans donner d'espoir de sauver l'enfant.

On insiste auprès de la femme sur la nécessité de la symphyséotomie comme étant le seul moyen de sauver son enfant sans grand danger pour elle. Mais elle s'y refuse absolument et aucun argument ne peut la faire changer d'avis.

Il ne reste plus alors qu'un moyen de terminer l'accouchement, c'est la basiotripsie. A 3 h. 1/2 du matin, M. Grynfeldt applique le basiotribe en saisissant la tête du front à l'occiput ; après broiement, l'extraction de la

La tête fœtale fut facile, mais celle des épaules fut plus longue et demanda quelques efforts.

L'enfant pesait 2.540 grammes sans le cerveau.

Délivrance naturelle à 4 h. 1/2. Le placenta est plutôt petit ; il pèse 440 grammes. Sa face utérine présente un assez grand nombre de foyers fibrineux jaunâtres, traces d'anciennes hémorragies.

Déchirure des membranes à 5 ou 6 centimètres du bord placentaire.

Les suites de couches furent normales. Jamais la température ne s'éleva au-dessus de 37°4.

La femme quitte le service le 9 juin 1898, en parfait état et en excellente santé. Un examen pratiqué avant la sortie montre le vagin obliquement sillonné par son ancienne cicatrice ; le col est à cheval sur cette cicatrice et fait saillie dans le vagin. Cette ligne cicatricielle sépare le col en deux grosses lèvres, l'une antérieure et droite, l'autre postérieure et gauche ; chacune de ces deux lèvres est elle-même divisée en deux par une autre scissure moins profonde, de telle sorte que le col semble avoir été divisé par une incision cruciforme.

CONCLUSIONS

1° L'oblitération complète du col utérin est susceptible, dans certains cas, de créer des difficultés sérieuses à l'accouchement.

2° Elle reconnaît toujours pour cause un état inflammatoire (métrite cervicale, ulcérations, cautérisations).

3° Pour faire un diagnostic exact, il convient d'avoir recours au toucher digital et aussi au toucher manuel. Le spéculum pourra quelquefois être utilisé avec avantage.

4° Cette anomalie, surtout quand elle s'accompagne de rigidité, est capable de faire naître des contre-indications à la version podalique, lorsque celle-ci est indiquée.

5° Le traitement consistera à créer une ouverture à l'utérus. On la fera au point où existait primitivement le col. Si le doigt ou un instrument moussé sont impuissants, on aura recours au bistouri. Souvent il sera nécessaire de compléter la dilatation soit avec le doigt, soit avec un dilateur ou l'écarteur de Tarnier.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 30 juin 1899.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ

Montpellier, le 30 juin 1899.

Le Doyen :

L. VIALLETON

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAILLY. — Archives de Tocologie, mars 1879.
- BOYER. — Contribution à l'étude de l'oblitération du col utérin chez les femmes en couches. Thèse Paris, 1890.
- BOUCHACOURT. — Art. Dystocie. Dict. enc. des sc. méd.
- BUDIN. — Progrès médical, 2 et 16 avril 1887.
- Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1889, pp. 162 à 168.
- BUSQUET. — Société anatomique, 7 avril 1882.
- CAPURON. — Cours théorique et pratique d'accouchement. Paris 1816, p. 596 à 604.
- CHARPENTIER. — Archives de Tocologie, 1875, p. 650.
- COSTILHES. — Gaz. heb., 1861.
- COURVOISIER. — Corresp. Blatt. für Schweiz. Aerzte, 1874, n° 18, 15 septembre.
- DEPAUL. — De l'oblitération complète du col chez les femmes en couches. Mémoires de l'Académie impériale de Médecine. Paris, 1860.
- EUSTACHE (G.). — De l'oblitération du col de l'utérus, au moment de l'accouchement. Arch. de Tocol., Paris, vol. XXII, p. 730-737.
- FIGUÉROA. — Les obstacles que le col utérin peut apporter à l'accouchement. Paris, 1872.
- FLAMANT. — De l'opération césarienne. Thèse de concours, Paris, 1811, p. 25.
- GODEFROY. — Revue de therap. méd. et ch., juin 1862.
- GUÉRIN-VALMALE. — Compte rendu de la société des sc. méd. de Montpellier (séance du 24 juin 1898), in *Montpellier-Médical*.
- HALKER. — De conglutinatione orificii externi uteri. Diss. Berolini, 1866.

- JARDINE (R.). — A case of prolonged gestation with complete occlusion of the os externum. Brit. M. J. London, 1892, Bd I, p. 962.
- LACHAPELLE. — Pratique des accouchements, t. III, p. 298.
- LUGEOL. — Dystocie par obstacle dû au col. Journal de médecine de Bordeaux, 1890-1891, p. 481-483.
- MATTEL. — Bulletins Acad. de méd., 1861-1862, p. 969 et seq.
- NOEGELE et GRENSER. — Traité de l'art des accouch. Traduct. Aubenas, 1869, p. 496 à 500.
- NOEGELE (E.-G.). — Heidelberg. Klin. Annalen, t. III, p. 492.
- NOEGELE (H.-F.). — Mogostocia e conglutinatione orificii externi. Commentat. Heidelberg, 1863.
- Ozo (Ernest). — Oblitération du col chez les femmes enceintes. Thèse Paris, 1897.
- PIRON. — Journal de médec. et de chir. 1878, p. 441.
- STOLTZ. — Dyst. Dic. de méd. et chir. prat.
- SIMPSON. — Essais médicaux de la société d'Edimbourg. art. 19, 1765.
- SCHWARZ (A.). — Ueber conglutination orificii uteri externi. Inaug. Diss. Memmingen. 1880-1881.
- SCHMITT (J.). — Heidelberg Klin.-Annalen, t. I, p. 537.
- TISSERANT. — De la non-dilatabilité du col de l'utérus comme cause de dystocie. Thèse de Nancy, 11 août 1882.
- VALLOIS. — Obstétrique. — N° du 15 mars 1899.
- Montpellier-Médical. — N° du 30 avril 1899.
- VIGUIER. — Du débridement du col dans les accouchements. Thèse de Paris, 1874.
- VELPEAU. — Traité d'accouch., t. II, p. 216, 2^e édit. Paris, 1835.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
